

DIVISION OF DEVELOPMENTAL DISABILITIES
預先裁定通知書
僅由州府資助的發展殘障服務處服務
PLANNED ACTION NOTICE
DDD STATE-ONLY FUNDED SERVICES

個案當事人/申請人之姓名與地址

法律代表之姓名與地址

發展殘障服務處已對為您提供的服務或您提出的服務申請作出如下決定。

此項決定之生效日期為 _____

拒絕批准、減少或終止服務之原因			
<p>此清單中的原因已編號排列，以供下文引用：</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. 您不符合獲得此項服務的資格。 2. 根據評估結果，您不需要此項服務。 3. 您不能以您申請採用的方式接受或使用此項服務。 4. 根據評估結果，您不需要獲得您所申請的或原先所獲得的服務量。 5. 沒有可供使用的經費用於提供此項僅由州府資助的服務。 6. 此項服務經由其他服務資源提供。 7. 您或您的代表曾經請本處作出此項決定。 			
決定			
服務	決定	原因	金額
	<input type="checkbox"/> 減少	華盛頓州行政法規388-	從：
		原因編號	至：
	<input type="checkbox"/> 未獲批准 <input type="checkbox"/> 終止	華盛頓州行政法規388-	
		原因編號	
服務	決定	原因	金額
	<input type="checkbox"/> 減少	華盛頓州行政法規388-	從：
		原因編號	至：
	<input type="checkbox"/> 未獲批准 <input type="checkbox"/> 終止	華盛頓州行政法規388-	
		原因編號	
服務	決定	原因	金額
	<input type="checkbox"/> 減少	華盛頓州行政法規388-	從：
		原因編號	至：
	<input type="checkbox"/> 未獲批准 <input type="checkbox"/> 終止	華盛頓州行政法規388-	
		原因編號	

決定 (續)			
服務	決定	原因	金額
	<input type="checkbox"/> 減少	華盛頓州行政法規388-	從：
		原因編號	至：
	<input type="checkbox"/> 未獲批准 <input type="checkbox"/> 終止	華盛頓州行政法規388-	
		原因編號	
服務	決定	原因	金額
	<input type="checkbox"/> 減少	華盛頓州行政法規388-	從：
		原因編號	至：
	<input type="checkbox"/> 未獲批准 <input type="checkbox"/> 終止	華盛頓州行政法規388-	
		原因編號	
服務	決定	原因	金額
	<input type="checkbox"/> 減少	華盛頓州行政法規388-	從：
		原因編號	至：
	<input type="checkbox"/> 未獲批准 <input type="checkbox"/> 終止	華盛頓州行政法規388-	
		原因編號	
服務	決定	原因	金額
	<input type="checkbox"/> 減少	華盛頓州行政法規388-	從：
		原因編號	至：
	<input type="checkbox"/> 未獲批准 <input type="checkbox"/> 終止	華盛頓州行政法規388-	
		原因編號	
服務	決定	原因	金額
	<input type="checkbox"/> 減少	華盛頓州行政法規388-	從：
		原因編號	至：
	<input type="checkbox"/> 未獲批准 <input type="checkbox"/> 終止	華盛頓州行政法規388-	
		原因編號	

補充評註			

您的申訴權

從您收到此通知書之日起，您有九十(90)天時間請求舉行一次行政聽證會，對此項裁定提出申訴。

- 如果您目前獲得發展殘障服務處提供的收費服務，並想在申訴期間繼續獲得此項服務，則您必須於_____之前提出舉行聽證會的請求。
- 如果您選擇繼續獲得此項付費服務，但依據最終裁定本部之原有決定得到維持，則您將需負責償還最多60天的付費服務費用。
- 如果您不想繼續獲得此項收費服務，請聯絡：

電話號碼是 _____

個案/資源管理員

電話號碼

您有以下權利：

1. 請他人做您的代表（您可能資格獲得免費法律幫助）；
2. 請求得到一份副本，包括您的檔案副本及發展殘障服務處為作出此項決定而審閱的所有資料之副本；
3. 提交證據文件；
4. 在聽證會上作證並請證人出席為您作證；並且
5. 盤問為本部作證的證人。

隨附一份行政聽證會申請書。

問題

如果您對本項決定或申訴程序有不明白的問題，請聯絡：

姓名	電話號碼	地方辦事處
----	------	-------

預先裁定通知書
僅由州府資助的
發展殘障服務處服務

依據社會福利服務部聽證條例第388-02章之規定。

FOR AGENCY USE ONLY

☐

Oral request taken by:

NAME

TELEPHONE NUMBER

INVOLVED DIVISION/ORGANIZATION

請寄往： OFFICE OF ADMINISTRATIVE HEARING (OAH), MAIL STOP: 42489
PO BOX 42489
OLYMPIA WA 98504-2489

傳真： 360-586-6463

本人提出舉行聽證會之請求，因我不同意發展殘障服務處(DDD)就服務所作的下列決定：

您的姓名（請工整填寫）	出生日期	社會安全號碼
提出聽證請求者的地址	當事人的個案號碼	
城市	州	郵遞區號
電話號碼（請包括區域號碼）		<input type="checkbox"/> 留言電話

本人於：_____ 收到由：_____ 寄來的決定通知。
日期 社會福利服務部辦事處的名稱與地點

若符合資格，本人願意繼續獲得幫助：☐ 是 ☐ 否 計畫：_____

本人的代表是（若您將親自出席，請不要填寫以下兩行內容）：

您的代表之姓名	組織機構	電話號碼
地址	城市	州 郵遞區號

☐ 本人授權將相關我的聽證請求之資訊透露給我的代表。

您的簽名	日期
------	----

您是否需要口譯人員或其他便利條件，以便您參加聽證會？ ☐ 是 ☐ 否

若需要，請問是哪種語言或哪些幫助？ _____

行政聽證法官(ALJ)也許會採用電話方式進行某些聽證。如果您希望改為一次親自出席的聽證會，請按照聽證會通知書中所述的方法辦理。該通知書將由行政聽證處寄給您。

服務	華盛頓州行政法規	原因
對規則的所有例外考慮	388-440-0001(1)	ETR之準則
適用於所有僅由州府資助的服務	388-825-045	經確定有必要提供服務
	388-825-055	有經費來源並符合獲得服務之資格
兒童離家安置	388-826-0010	符合18歲以下者自願安置計畫(VPP)資格
	388-826-0015	符合18 - 25歲者自願安置計畫(VPP)資格
	388-826-0035	決定/批准自願安置計畫(VPP)服務
	388-826-0010	終止自願安置計畫(VPP)服務
	388-826-0015	符合繼續參加18 - 21歲者自願安置計畫(VPP)之資格
家務輔助服務	388-106-0610	符合獲得家務輔助服務之資格
	388-106-0620	根據年度覆審結果，繼續符合資格
縣府提供的成人日間計畫及就業服務	388-106-0130	經確定的小時數
發展殘障服務處提供的成人住宿看護收費服務		
另選生活安置	388-825-381	40小時服務時限
生活輔助與合住家庭	388-101-1210	符合獲得生活輔助服務之資格
家庭幫助服務	388-825-248	符合獲得傳統式家庭幫助服務或家庭幫助機會計畫服務之資格
傳統式家庭幫助服務	388-825-252	符合獲得傳統式家庭幫助服務之資格
	388-825-253	傳統式家庭幫助服務之限制
	388-825-254	費率
	388-825-256	等級
家庭幫助機會計畫	388-825-205	符合FSO之資格
	388-825-228	FSO金額
	388-825-230	FSO服務項目
	388-825-242	FSO服務限制

服務	華盛頓州行政法規	原因
家庭幫助服務引導計畫(FSP)	388-825-510	資格條件
	388-825-516	不符合資格條件者
	388-825-532而且540	要求申報收入以供資格審定
	388-825-548	授與金額
	388-825-544	符合資格條件並不保證一定能獲得福利
	388-825-554	確定授與食品券福利的優先條件
	388-825-558而且560	食品券計畫之服務與限制
	388-825-584	終止服務之準則
護理服務		
護士代理服務	246-840-930	代理服務之準則
	246-840-960	撤銷代理
其他由護士提供之服務	388-825-845或者055	請參閱以上相關僅由州府資助的服務之內容
由專業人員提供之服務	388-825-045, 055	請參閱以上相關僅由州府資助的服務之內容
州輔助津貼付款(SSP)	388-827-0105	符合獲得州輔助津貼付款之資格
	388-827-0110	符合獲得州輔助津貼付款之收入資格
	388-827-0115	符合獲得州輔助津貼付款計畫之資格
	388-827-0131	終止州輔助津貼付款
	388-827-0145	州輔助津貼付款金額

INSTRUCTIONS FOR STATE-ONLY FUNDED SERVICES PLANNED ACTION NOTICE

Notification Requirements

1. A Planned Action Notice with Appeal Rights and request for Hearing must be sent when a service(s) is reduced, denied, or terminated.
2. A request for a specific service can be oral or in writing. A denial of either request requires a Planned Action Notice.
3. All decisions are documented in the client's CARE Service Episode Record.
4. The Planned Action Notice must be sent within 5 working days of the decision date.
5. The Planned Action Notice is addressed to the client regardless of age and a copy sent to their representative per WAC 388-825-100. Use the following order to determine who represents the client:
 - A parent if the client is under the age of eighteen (18);
 - The guardian or other legal representative;
 - Other relative;
 - Other person identified by the client;
 - An advocacy agency.

Completing the form

1. The effective date of a **denial** is the date of the decision.
 - Provide 90 days from the date of receipt for requesting an appeal.
2. The effective date, first page, is a minimum of ten (10) days and a maximum of ninety (90) from the date the Planned Action Notice is mailed to the client.
 - Mailing date is the date the form is completed or the next business day.
 - A service termination occurs the last day of the month
 - A service reduction occurs on the first day of the month
 - Services continue if an appeal is filed in a timely manner except for circumstances listed in WAC 388-825-150.
3. Services: Choose the service from the attached list of services and WAC references.
4. Decision: Identify the appropriate decision.
5. Reason:
 - Insert the WAC number(s) that give the legal authority for the decision.
 - Insert the corresponding number of the reason(s) listed on the Planned Action Notice for the decision.
6. Amount:
 - Amount and unit of service required for Reductions.
 - Example: Reduced "From" 100 hours per month "To" 80 hours per month.
7. The second page is optional. Use if there are more than two decisions.

8. Instructions for completing a **translated form**:

- Enter the information in English.
- Identify each service with a number if there is more than one.
- Write the number next to the corresponding reference line on the Services/WAC chart and highlight the WAC reference and reason.
- Send the highlighted WAC reference page(s) with the Planned Action Notice.

Appeal Rights

1. Insert a date in the first bulleted statement **ONLY** if this is a reduction or termination of an existing service.
2. To calculate the date in the first bulleted statement:

- The appeal date is 10 days from the mailing of the Planned Action Notice then extending to the end of the month of the 10th day.
- The appeal date must be prior to or the same as the effective date.
- The 10th day must be a work day.

Examples:

1. The notice is completed October 10th with anticipated mailing October 11th.
 - Ten (10) days counting October 11th is October 20th.
 - The last day of the month of the 10th day is October 31st.
2. The notice is completed October 20th with anticipated mailing October 23rd.
 - Ten (10) days counting October 23rd is November 1st.
 - The last day of the month of the 10th day is November 30th.
3. Case/Resource Manager name for terminating paid services during an appeal is the CRM responsible for authorizing the client's paid services.
4. The name at the bottom of the form will be determined by regional authority.